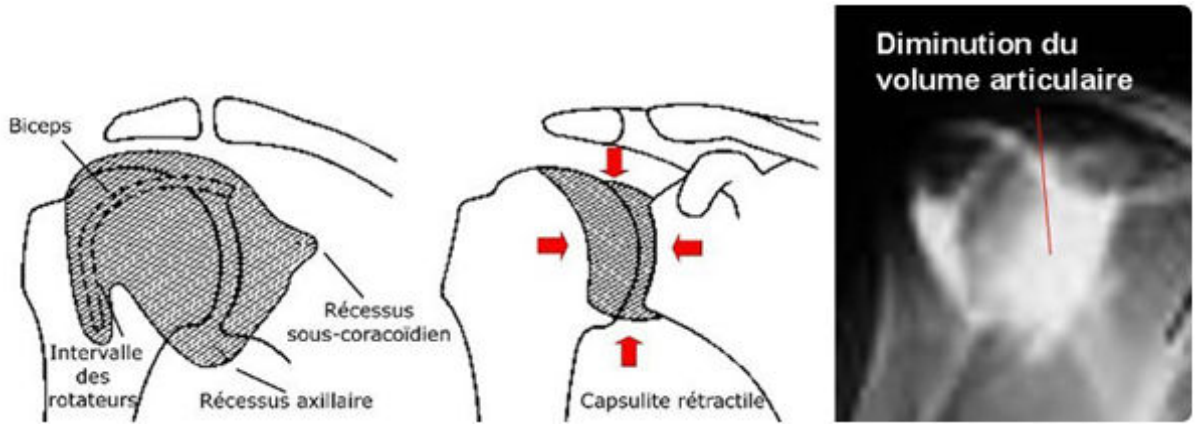
CAPSULITE RETRACTILE

Qu'est-ce qu'une capsulite rétractile ?

La capsule gléno-humérale est une membrane qui ferme la cavité articulaire entre l'omoplate et l'humérus, mais laisse normalement l'épaule lâche, de façon à permettre les mouvements très amples de cette articulation peu emboitée. La capsulite rétractile est une atteinte de cette capsule, qui s'épaissit, devient inextensible et adhérente à la tête humérale. Les récessus capsulaires normaux se rétractent, empêchant ainsi le fonctionnement normal de l'épaule. Elle est également appelée épaule gelée (du terme anglais "frozen shoulder"). Il s'agit d'une affection bénigne de l'épaule consistant donc en un enraidissement douloureux progressif de l'articulation gléno-humérale. Elle reste un diagnostic d'élimination après avoir passé en revue les différentes causes possibles d'enraidissement de l'épaule.

Pour certains, la capsulite rétractile est l'expression sur l'épaule d'une algodystrophie réflexe sympathique, qui peut atteindre l'ensemble du membre supérieur (syndrome " épaule-main "), mais reste souvent limitée à l'épaule. On parle alors de capsulite idiopathique. Elle peut compliquer aussi les traumatismes, les affections coronariennes cardiaques, les affections chroniques pulmonaires, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, certaines prises médicamenteuses (barbituriques, isoniazides, antiprotéases) et dans ces cas les signes cliniques et surtout l'évolution sont souvent différents. Il n'est pas donc toujours facile de distinguer "une épaule raide secondaire" d'une capsulite rétractile authentique conduisant à la classique épaule gelée d'autant qu'un certain nombre de pathologies génératrices de raideur peuvent se compliquer d'une capsulite rétractile. Un terrain anxieux est classiquement avancé pour expliquer les capsulites mais aucune étude scientifique n'a jamais pu le démontrer. Outre les caractéristiques propres à chaque pathologie, les 2 paramètres les plus importants pour le diagnostic et le traitement sont les caractéristiques de la douleur et les particularités de la limitation de mobilité :

- Le début progressif, insidieux, se caractérise par une douleur diffuse de l'épaule, avec enraidissement progressif. La douleur est souvent plus marquée la nuit. Dans la capsulite rétractile authentique, son traitement s ne s'accompagne pas automatiquement d'un gain substantiel de mobilité, à la différence des autres épaules raides secondaires
- Le début progressif, insidieux, se caractérise par une douleur diffuse de l'épaule, avec enraidissement progressif. La douleur est souvent plus marquée la nuit. Dans la capsulite rétractile authentique, son traitement s ne s'accompagne pas automatiquement d'un gain substantiel de mobilité, à la différence des autres épaules raides secondaires
- La première caractérisée par la douleur et une raideur progressive, d'une durée de 3 à 12 semaines. Il s'agit de la phase "chaude", où la rééducation est difficile
- La seconde caractérisée par une douleur moins importante contrastant avec une raideur majeure, réalisant " l'épaule gelée ", dure de 2 à 12 mois
- La troisième consiste en une récupération lente des mobilités (3 à 12 mois et souvent incomplète). Il s'agit de la phase "froide", période de la rééducation "active"

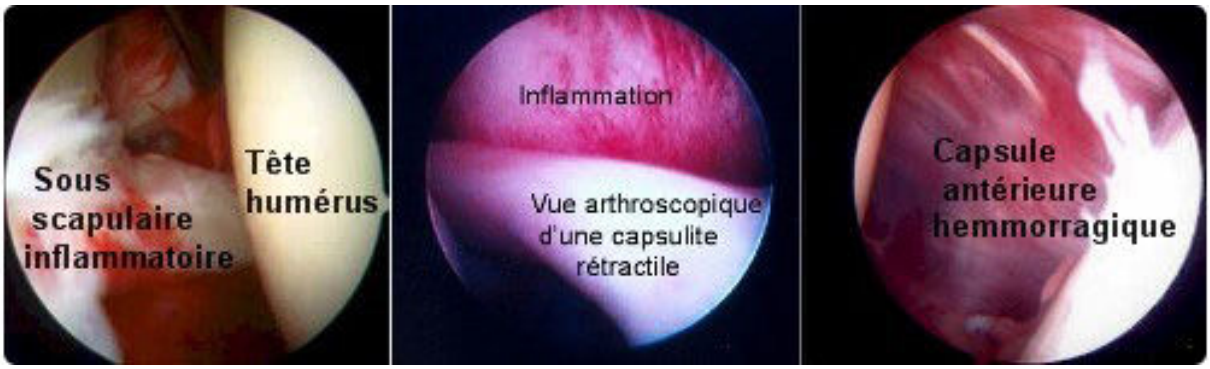


Quel en est le mécanisme ?

La pathogénie de la capsulite rétractile est encore assez mal connue. Néanmoins plusieurs pistes convergent vers un dérèglement des processus de régulation du métabolisme du tissu conjonctif, conduisant à l'accumulation de tissus conjonctif et donc de fibrose (tissus rigide expliquant l'enraidissement).

Au stade initial de la maladie, l'aspect a pu être parfaitement observé en arthroscopie : la synoviale (couche profonde de la capsule) est rougeâtre avec un piqueté hémorragique, surtout à la partie supérieure de l'articulation (biceps et récessus sous scapulaire dont les bords sont rétractés). Le récessus axillaire inférieur est effacé.

Au stade tardif, la capsule est rétractée, épaisse. La capacité articulaire est très diminuée. La synoviale (qui tapisse l'articulation par l'intérieur) apparaît blanchâtre et scléreuse. Les récessus inférieur et sous scapulaire sont remplis d'adhérences synoviales. La gaine du biceps disparaît.



Comment évolue une capsulite rétractile ?

Au début, la douleur survient lors des mouvements. Elle devient ensuite presque permanente, empêchant de dormir. La force est diminuée puis finalement s'installe une raideur articulaire (d'abord en rotation externe bras coude au corps puis en élévation antérieure)

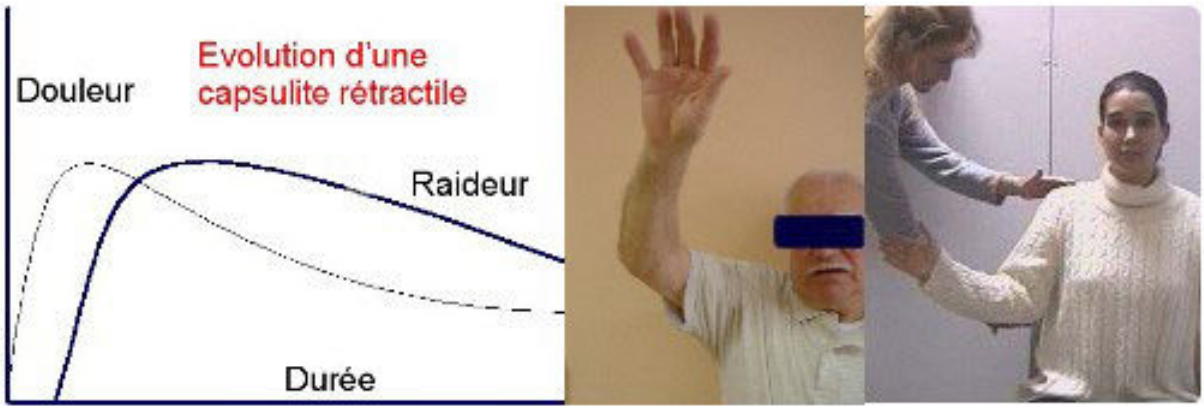
Quels examens complémentaires sont utiles au diagnostic ?

Une capsulite rétractile commence toujours par une phase douloureuse plus ou moins longue (de quelques semaines à plusieurs mois). La douleur est souvent permanente, réveille la nuit et est peu calmée par les antalgiques simples ou les anti-inflammatoires. Au

début l'examen clinique est quasi sans perte des mobilités. Après plusieurs semaines ou quelques mois, un enraidissement progressif survient et la douleur s'atténue. Enfin petit à petit, la raideur va disparaître et l'épaule va retrouver un fonctionnement normal. On retrouve donc les trois phases mentionnées plus haut :

- La première caractérisée par la douleur et une raideur progressive, d'une durée de 3 à 12 semaines. Il s'agit de la phase "chaude", où la rééducation est difficile
- La seconde caractérisée par une douleur moins importante contrastant avec une raideur majeure, réalisant " l'épaule gelée ", dure de 2 à 12 mois
- La troisième consiste en une récupération lente des mobilités (3 à 12 mois et souvent incomplète). Il s'agit de la phase "froide", période de la rééducation "active"

L'évolution spontanée de la capsulite rétractile est la guérison avec récupération de la musculature et de la totalité ou presque des mobilités. Dans la grande majorité des cas, cette guérison survient dans les 18 mois mais peut survenir plus tôt. Elle peut néanmoins être plus longue à obtenir dans certaines formes secondaires (notamment chez le diabétique), chez qui les séquelles sont plus fréquentes (raideur +++)



Comment évaluer l'état de l'épaule concernée ?

Aucun examen complémentaire spécifique n'est véritablement nécessaire en cas de capsulite rétractile typique. En cas de doute, on peut s'aider :

- De radiographies simples qui sont habituellement normales (mais éliminent d'autres causes évidentes), en dehors d'une déminéralisation régionale qui n'apparaît qu'après 1 à 2 mois d'évolution
- D'un bilan biologique qui éliminera une cause inflammatoire ou infectieuse (il n'existe a aucun marqueur biologique dans la capsulite rétractile qui reste un diagnostic clinique)
- D'une scintigraphie osseuse, qui montre une hyperfixation diffuse et intense, précoce, de l'épaule
- D'une arthrographie (injection d'un produit de contraste dans l'articulation, ce qui "moule" les parois), souvent faite à l'occasion d'un scanner (arthro-scanner). Elle montre le plus souvent un volume articulaire réduit, avec disparition des récessus axillaire et sous-scapulaire
- D'une IRM, qui peut montrer l'inflammation antérieure (prise de contraste capsulosynoviale dans l'intervalle des rotateurs)

Quels sont les différents traitements proposés, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux ?

La prise en charge thérapeutique de la capsulite rétractile est longue et difficile, souvent empirique et les résultats publiés dans la littérature sont contradictoires. Plusieurs principes de base doivent guider ce traitement :

- S’agissant d'une affection bénigne qui guérit spontanément le plus souvent, aucun traitement agressif ne doit être entrepris dans la mesure où ces traitements peuvent entraîner des complications graves (infections, fractures...) et donc des séquelles invalidantes
- La douleur doit être contrôlée par des moyens locaux (vessie de glace ou toute forme de cryothérapie) et des antalgiques adaptés en fonction de son intensité. Des infiltrations peuvent aussi être proposées
- Une fois la capsulite installée, il faut débuter la rééducation active le plus rapidement possible, en atteignant le le seuil douloureux sans le dépasser
- S’il existe des séquelles (raideur+++), une prise en charge plus "invasive" peut être discutée

Nous envisagerons donc ce traitement en 5 points

La kinésithérapie

La kinésithérapie a sa place dans le traitement de la capsulite rétractile d'une part à la phase de raideur et d'autre part à la phase de guérison. A la phase douloureuse initiale, elle a peu d’intérêt, les mobilisations d’épaule aggravant souvent les douleurs. Elle peut se faire en piscine (balnéothrapie), va contribuer à lutter contre la douleur par les massages et la physiothérapie (chaleur, électrothérapie, …), entretenir la fonction de glissement entre l'omoplate et les côtes (50% de la mobilité en antépulsion d'une épaule normale), permettant donc, même avec une articulation enraidie, de pouvoir bouger l'épaule et enfin d'éviter une atrophie musculaire.

Elle doit être poursuivie à la maison 2 à 3 fois par jour (au début mouvements pendulaires puis récupération progressive des autres mobilités en antépulsion, rétropulsion, abduction, main-nuque, main-dos. En phase de récupération, nager la brasse est un excellent exercice (cf rééducation de l'épaule).

Les infiltrations

Les opinions sont divergentes concernant les infiltrations de cortisone ou de dérivés cortisonés. Elles peuvent aider au début (au stade douloureux très inflammatoire), mais il est recommandé actuellement de les effectuer sous contrôle arthrographique (pour être sûr d'être au bon endroit), ce qui permet également de confirmer le diagnostic. Si le gain est réel sur la douleur, une seconde injection peut être proposée.

L'arthro-distension ou dilatation capsulaire

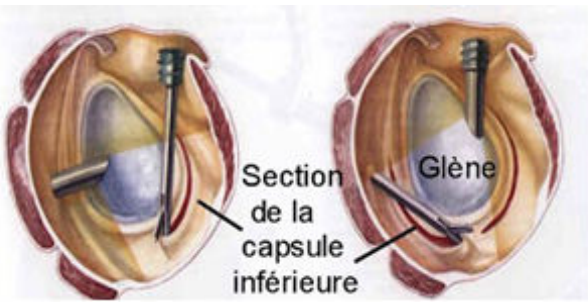
La technique de la dilatation capsulaire est simple. Il s'agit d'injecter sous pression 30 à 40 ml d'une solution saline réfrigérée en complétant la manoeuvre par une mobilisation manuelle de l'épaule dans tous les secteurs de mobilité, le principe étant de faire "sauter" les adhérences à l'intérieur de l'articulation. Un suivi kinésithérapique est bien évidemment nécessaire pour ne pas perdre les amplitudes retrouvées. La littérature est d'interprétation difficile néanmoins concernant les résultats de cette méthode (souvent plus de gain sur la douleur que sur les mobilités) et la technique n'est pas sans risque (effet mécanique aveugle avec risque potentiel de rupture du tendon du long biceps ou d'un sus-épineux dégénératif). Elle est bien sûr inefficace si l'articulation est déjà ouverte suite à une rupture de coiffe des rotateurs pré-existante).

La mobilisation sous anesthésie

C'est la conception la plus mécanique du traitement des capsulites rétractiles avec un gain d'amplitude obtenu sous courte anesthésie générale en mobilisant en force l'épaule pour casser les adhérences. La mobilisation sous anesthésie générale doit être particulièrement prudente car elle comporte des risques (déchirure hémorragique de la région antérieure et de la coiffe, étirement du plexus brachial,luxations, fractures de l'humérus etc...) Ces complications potentielles, le fait que la technique soit lourde et que certains secteurs de mobilités ne peuvent être retrouvés (rotation externe) nous conduisent à la proposer que dans le cadre d'une procédure chirurgicale à la fois plus complète, plus ciblée et moins aveugle : l'arthrolyse arthroscopique.

La libération capsulaire sous arthroscopie (arthrolyse arthroscopique)

Cette technique est récente et consiste à sectionner sous arthroscopie les adhérences et la capsule située dans la région antérieure et inférieure, c'est à dire là où elle est la plus épaisse et la plus rétractée. On complète ensuite par une mobilisation toujours sous anesthésie puis on débute rapidement la rééducation. Les résultats sont encourageants mais cette méthode manque encore de recul, de sorte que les les indications doivent être soigneusement pesées et réservées à des formes particulièrement rebelles, notamment au stade où une rééducation bien menée n'a plus aucune efficacité sur la raideur (en pratique dans les cas comportant une forte raideur séquellaire malgré une ou deux dilatations capsulaires ou lorsque l'évolution sous traitement dépasse deux ans).



Conclusion

En conclusion, le traitement de la capsulite rétractile semble encore reposer sur des habitudes et des données qui restent encore empiriques. Néanmoins, ce traitement a progressé mais se heurte à une évolution souvent longue et à des formes cliniques plus graves que d'autres (capsulite secondaires, patients diabétiques, atteinte du côté dominant, profession manuelle, sexe masculin, âge avancé...).